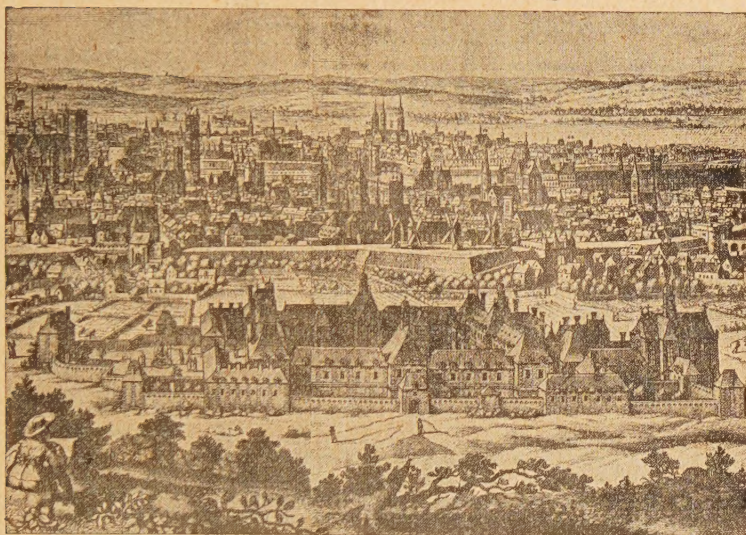


THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 avril 1906, à 1 heure
Par Pierre SYMONEAUX



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

ÉTUDE DU

lichen SCROFULOSORUM

(Tuberculose cutanée papuleuse lichénoïde)

Président : M. GAUCHER, professeur

Juges { MM. RETTERER, agrégé
 CLAUDE, agrégé
 MACAIGNE, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, 15, RUE RACINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	P. POIRIER
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	GILBERT.
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	HAYEM
	DIEULAFOY.
	DEBOVE
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANCON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur des Maladies cutanées et syphilitiques

à la Faculté de Médecine

Médecin à l'hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'honneur

Etude du Lichen Scrofulosorum

(Tuberculose cutanée papuleuse lichénoïde)

AVANT-PROPOS

Au moment de passer notre thèse, nous tenons à apporter l'expression de notre gratitude et de notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Nous sommes profondément attristé en cette circonstance, de ne pouvoir redire à notre père, le Dr Symoneaux, l'immensité de notre reconnaissance. Il fut notre premier maître. Ses bons et affectueux conseils sont à jamais gravés dans notre esprit. Il nous a donné l'exemple du dévouement professionnel le plus absolu. Nous nous efforcerons de marcher sur ses traces.

Quant aux maîtres si dévoués de l'Ecole de Rennes, où nous avons passé les quatre meilleures années de notre vie d'étudiant, nous sommes heureux de pouvoir ici les remercier publiquement. Par

leur science, par leurs conseils, par leur bonté, ils furent pour nous des maîtres incomparables. Nous renonçons à trouver pour chacun d'eux le mot qui traduirait notre sentiment. Que MM. les professeurs Bertheux, Dayot, Le Monniet, Follet, Perret, L'Huissier, Lautier, consentent à accepter ici l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Nous assurons M. le professeur Bodin, qui nous a guidé dans le choix de notre thèse, de notre entière reconnaissance.

Que M. le Dr Pautrier qui a eu la bienveillance de nous conseiller dans ce travail, soit également assuré de notre profonde gratitude.

Enfin, nous prions M. le professeur Gaucher d'agréer nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Durant les quelques mois passés à la Clinique dermatologique de M. le professeur Bodin à l'Hôtel-Dieu de Rennes, nous avons pu observer quelques cas de lichen scrofulosorum. Nous avons recueilli deux observations de cette affection ; et, suivant les conseils de notre maître, avant de terminer nos études médicales, nous avons entrepris de faire l'étude de cette tuberculide.

Nous diviserons notre travail en neuf chapitres :

Dans le chapitre I, nous exposerons brièvement l'*histoire* du lichen scrofulosorum, depuis le jour où cette affection fut nettement individualisée par Hébra ;

Le chapitre II sera consacré à l'étude des *symptômes* de cette affection ;

Dans le chapitre III, nous exposerons le *diagnostic* différentiel ;

Dans le chapitre IV, nous avons consigné quelques observations ;

Dans le chapitre V, nous étudierons dans un premier paragraphe l'*anatomie pathologique* de l'affection qui nous occupe, l'histologie seulement ; dans un deuxième paragraphe, nous résumerons les étu-

des expérimentales qui ont établi la nature tuberculeuse de cette dermatose ;

Au chapitre VI, nous parlerons de l'*étiologie* ;

Au chapitre VII nous exposerons les différentes opinions relatives à la *pathogénie* de cette affection ;

Enfin dans les chapitres VIII et IX nous dirons quelques mots du *pronostic* et du *traitement*.

La conclusion terminera cette étude.

A la fin de notre travail nous avons placé les indications bibliographiques et deux photographies représentant nos deux premières observations.

Nous avons fait de notre mieux pour synthétiser sous un petit volume tous les travaux parus sur la question. Puisse notre modeste exposé épargner un jour de longues et pénibles recherches à quelque travailleur !

CHAPITRE I

Historique

L'histoire du lichen scrofulosorum est très embrouillée jusqu'au milieu du XIX^e siècle. Bazin eut le mérite, dans ses *Leçons sur la scrofule* (1861) de différencier cette affection de toutes les dermatoses avec lesquelles on la confondait jusqu'alors. Mais, c'est à Hebra que revient l'honneur d'avoir individualisé le lichen scrofulosorum dont il donne une description nette en 1872, dans son *Traité des maladies de peau* : « Cette affection, dit-il, appartient à la première période de la vie et est susceptible de guérison, et, comme elle coexiste constamment avec des tuméfactions glandulaires, des caries, des inflammations périostiques, le lupus, la tuberculose, et d'autres manifestations de la diathèse scrofuleuse, je la désigne sous le nom de lichen scrofulosorum. »

Quelques années plus tard, Kaposi, dans ses *Leçons sur les maladies de peau*, adopte l'opinion de son maître, et reconnaît l'indépendance du lichen scrofulosorum du groupe des lichens.

De nombreux travaux sur la question furent alors publiés, particulièrement en Allemagne, et confirmèrent l'opinion de Hebra et Kaposi.

En 1889, au Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie, l'Ecole française avec Besnier, Doyon, Vidal, souleva la question du lichen des scrofuleux, et proposa d'en faire une folliculite pilosébacée.

On connaissait donc dès cette date l'indépendance du lichen scrofulosorum du groupe des lichens ; on connaissait son évolution sur le terrain scrofuleux, sa localisation, à l'appareil pilo-sébacé ; mais sa nature vraie, sa pathogénie étaient toujours ignorées.

En 1892, au Congrès de Leipzig, Jacobi annonce avoir trouvé dans une préparation de lichen scrofulosorum un bacille très net et deux autres plus sombres. A la même date Sack confirme les dires de Jacobi et reconnaît que les papules qui constituent cette dermatose ont la structure des tubercules miliaires.

Cette opinion fut combattue par Kaposi, Lukasiewicz, Riehl, qui ne trouvaient pas dans ces constatations des preuves suffisantes pour affirmer la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum.

Dès lors les travaux sur la question deviennent extrêmement nombreux.

Au III^e Congrès de dermatologie tenu à Londres en 1896, qui mettait à l'ordre du jour l'étude des « relations entre la tuberculose et les maladies de peau autres que le lupus vulgaire », Hallopeau range le lichen scrofulosorum parmi les tuberculoses engendrées par des toxines émanées de foyers tuberculeux primaires. Cette opinion ne fut pas admise sans peine, et Kaposi protestait en disant : « Maintenant on trouve de la tuberculose partout ! » La même année Darier, convaincu de la nature tuberculeuse de cette affection, classait le lichen des scrofuloux parmi ses tuberculides, dans une communication à la Société de Dermatologie.

Dès lors l'origine tuberculeuse de cette affection ne fut plus contestée, et en 1900 au IV^e congrès de la Tuberculose, M. Hallopeau n'hésitait pas à soutenir l'origine *toxinique* de cette tuberculide (toxi-tuberculides).

Un grand nombre de dermatologistes admettent à l'heure actuelle l'hypothèse de M. Hallopeau, qui a tout récemment été brillamment défendue en Allemagne par Klingmuller (1904) ; mais d'autres, parmi lesquels Lefebvre, Leredde, Pautrier, se basant sur les découvertes du bacille de Koch par Kaposi dans les préparations de lichen scrofulosorum, et sur quelques inoculations positives, soutiennent la théorie *microbienne*.

Tel est à l'heure actuelle l'état de la question.

CHAPITRE II

Symptomatologie

« Le symptôme caractéristique de cette affection, nous dit Hebra, est une éruption de papules miliaires qui peuvent être d'un jaune pâle, ou d'un rouge brunâtre, ou de la même couleur que le reste de la peau. Elles sont toujours disposées en groupes et quelquefois forment des cercles ou des segments de cercles. »

Tel est en effet l'aspect général sous lequel se présente le lichen scrofulosorum et l'élément caractéristique de cette affection est donc la papule miliaire.

Ces papules, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de millet, sont arrondies, saillantes. Leur couleur est jaune rosé, rouge brun, quelquefois brunâtre. Elles sont tantôt isolées, tantôt réunies en petits groupes de dix à vingt éléments, tantôt enfin elles forment de grands placards. Ces placards, le plus souvent de forme irrégulièrement ovalaires sont tantôt constitués par des éléments con-

fluents en très grand nombre (voir photo. obs. I), tantôt le centre de ces placards paraît guéri ou en voie de guérison, tandis qu'à la périphérie on trouve une couronne d'éléments juxtaposés sur une largeur de quelques millimètres (voir photo obs. II).

Dans ce dernier cas, l'accroissement semble donc s'être fait excentriquement, comme le fait remarquer mon président de thèse M. le professeur Gaucher dans une leçon d'ouverture sur *les tuberculoses cutanées* publiée dans le *Journal de Médecine interne* en janvier 1900.

Si l'on examine chaque papule, on voit que presque toutes sont centrées par un poil et offrent quelquefois à leur partie centrale une ombilication correspondant à l'émergence du poil. Le sommet des papules est le plus souvent recouvert de petites squames grisâtres, minces, et se détachant facilement au moindre frottement ; sur d'autres on trouve un véritable soulèvement de l'épiderme, comme s'il y avait un commencement de pustulation ; d'autres fois, mais plus rarement, on voit au sommet de la papule une petite croûte.

Les papules ne déterminent qu'un prurit insignifiant. Quelquefois même le prurit manque totalement.

Le siège d'élection de l'affection est le tronc, et, sur le tronc, elle affectionnerait peut-être plus particulièrement la région lombaire. Néanmoins, on la rencontre très souvent dans la région interscapulaire, sur les épaules, sur la poitrine, sur l'abdomen.

Les membres sont également atteints, particulièrement les cuisses et les bras. L'affection semble rare à la face. Cette localisation a même été discutée. Mais Lefebvre, dans sa thèse, cite un groupe de dix observations de Colcott Fox parues en 1895 dans le *British Journal of Dermatology* sous le nom d'acné scrofulosorum, et trois observations de la Clinique dermatologique de Nancy, où la constatation de l'éruption au tronc, aux membres et à la face, a été faite. Du reste, rien d'étonnant à cela, dit M. Pautrier, le lichen scrofulosorum peut s'observer partout où il y a un follicule pilo-sébacé.

Quant à la durée de l'éruption, elle est ordinairement longue. Elle apparaît, le plus habituellement, d'une façon insidieuse, par poussées successives, sans aucun trouble fonctionnel. Elle peut rester stationnaire des mois, même des années, puis elle décroît et disparaît spontanément sans laisser de traces. Mais, tant que l'état général n'est pas amélioré, cette disparition n'est le plus souvent que temporaire, et l'on voit apparaître de nouvelles poussées souvent discrètes. Ces nouvelles poussées, dit Haury, précèdent très probablement une nouvelle poussée tuberculeuse plus ou moins généralisée ; car « en règle générale il y a des rapports évidents entre les poussées éruptives et des poussées de tuberculose ganglionnaire : hypertrophie, suppuration »...

On a signalé une pigmentation brune de la peau, consécutive à l'éruption ; mais le plus souvent celle-ci disparaît sans laisser de traces.

CHAPITRE III

Diagnostic

Le diagnostic de lichen scrofulosorum peut parfois offrir d'assez grandes difficultés. L'évolution, les commémoratifs, les lésions concomitantes permettront néanmoins le plus souvent de faire le diagnostic.

Lefebvre, suivant en cela l'exemple de Hebra, le différencie de l'eczéma papuleux et de la syphilis miliaire papuleuse.

C'est avec la syphilis en effet, que le lichen scrofulosorum peut être le plus souvent confondu. La syphilis miliaire papuleuse, la syphilis lichénoïde, nous dit M. Pautrier, se présente sous forme de petites papules granuleuses, légèrement saillantes, parfois squameuses, de la grosseur d'un grain de millet et pouvant avoir les mêmes localisations que le lichen des scrofuleux. Mais ces papules ne se mettent jamais en placards, elles apparaissent beaucoup plus rapidement que le lichen avec tout un cortège d'autres symptômes, et d'autre part elles disparaissent

rapidement sous l'influence du traitement spécifique, laissant parfois après elles une petite macule cuivrée caractéristique.

Quant à l'eczéma papuleux qui se présente quelquefois sous l'aspect de placards à progression excentrique comme le lichen scrofulosorum de notre observation II, on le reconnaîtra le plus souvent à son prurit très accusé, à ses squames plus larges et à la présence de quelques vésicules.

Enfin l'acné sera difficilement pris pour du lichen scrofulosorum à cause de son siège de prédilection à la face, de son évolution rapide et de sa remarquable tendance à la suppuration.

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION I (Personnelle).

(Prise à la Clinique dermatologique de M. le professeur Bodin
à l'Hôtel-Dieu de Rennes. Février 1905.)

Fillette de quatorze ans, L..

Depuis trois ou quatre semaines, cette enfant présente une éruption qui s'est établie progressivement et persiste depuis sans amélioration, ni aggravation.

L'éruption siège surtout sur la région dorsale, et atteint son maximum sur la ligne médiane s'étendant depuis la région interscapulaire jusqu'au coccyx. Quelques placards éruptifs existent sur le ventre et sur la poitrine.

Au dos l'éruption se présente sous forme de placards de 3 à 5 centimètres de diamètre arrondis ou ovalaires dans leur forme générale, mais dont les bords ne sont pas délimités d'une façon nette. Toute l'étendue du placard est de couleur rouge mais peu foncée et offre de petites papules qui forment

l'élément caractéristique de la dermatose. Certains placards sont uniformément recouverts de ces petites papules ; sur d'autres plaques les papules sont plus abondantes à la périphérie où elles constituent une sorte de couronne. A noter enfin qu'entre les placards où les papules sont agglomérées, on en trouve de disséminées, soit isolées, soit en petits groupes. (Voir photo. I)

Chaque papule prise en particulier est une petite saillie grosse comme une tête d'épingle, arrondie, ou légèrement aplatie à son sommet, de couleur gris rosé. Les unes ont un sommet lisse, les autres sont légèrement squameuses à leur sommet, souvent elles sont centrées par un point noir ou grisâtre.

Le prurit occasionné par cette éruption est insignifiant.

L'enfant a un aspect chétif. Elle a maigri et tousse, à l'auscultation du poumon on trouve au sommet gauche une respiration rude avec expiration prolongée. Par ailleurs, quelques troubles digestifs : anorexie, tendances à la diarrhée.

Antécédents personnels. — Dans sa petite enfance elle a eu des abcès ganglionnaires cervicaux, puis des troubles digestifs qui ont duré longtemps, avec ventre dur, diarrhée et constipation alternant. Depuis, elle tousse fréquemment et a une bronchite chaque hiver.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une affection inconnue, mais sujet pendant des années à la bronchite.

La mère tousse fréquemment.

Une sœur est morte de tuberculose pulmonaire.

La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION II (Personnelle).

(Prise à la Clinique dermatologique de M. Bodin à l'Hôtel-Dieu de Rennes.)

M..., enfant de sept ans, vu le 1^{er} mars 1905.

Cet enfant présente une éruption survenue sans cause apparente il y a trois semaines. Cette éruption siège principalement sur le tronc. On rencontre quelques petits placards sur les épaules, un large placard sur la poitrine : dix ou quinze placards sur le ventre et envahissant jusqu'au pli de l'aîne. On note également quelques lésions sur la face interne des cuisses. Sur les bras, les jambes et la tête on ne remarque rien.

Les placards éruptifs sont de deux ordres. C'est au ventre qu'on peut le mieux les observer et les décrire. Les uns sont petits, 2 à 3 centimètres de diamètre, allongés ou arrondis, à contours assez nets, de couleur rosée et couverts dans toute leur étendue de petites papules. Les autres plus grands, à contours nets, arrondis ou géographiques (voir photo. II) présentent une bordure de quelques millimètres sur laquelle les papules sont confluentes. La partie centrale est moins atteinte, de couleur gris rosé, et légèrement squameuse par place ; elle offre encore de petites papules, mais moins saillantes, plus petites, plus espacées. En somme il semble y avoir tendance bien nette à la guérison au centre, tandis que la périphérie est en pleine activité.

Entre les placards on observe quelques papules isolées peu nombreuses. Les papules ont la dimension d'une tête d'épingle. Elles sont de couleur gris rosé. Leur sommet est arrondi

pour certaines et présente un aspect aplati et brillant pour d'autres comme dans le lichen plan, mais moins accusé toutefois que dans ce dernier cas.

Lé prurit est insignifiant.

Cet enfant est chétif. Il a du strabisme. Son abdomen est volumineux, ballonné, avec une circulation veineuse très développée. Son appétit est capricieux, et chez lui la diarrhée alterne avec la constipation.

A la palpation du ventre on ne trouve rien, et on ne réveille aucune douleur.

Au poumon on ne trouve rien.

L'enfant n'a pas de ganglions cervicaux.

Antécédents personnels. — Toujours chétif. A eu des convulsions à deux ans à la suite desquelles le strabisme s'est établi. Depuis quelques mois il a des troubles digestifs se traduisant surtout par la diarrhée et le ballonnement du ventre. Il ne tousse pas.

Antécédents héréditaires. — La mère est bien portante, mais nerveuse.

Le père est en bonne santé, nerveux.

Il a trois frères et sœurs qui tous ont eu des adénites cervicales chroniques.

Traitement. — Pommade au bioxyde jaune de mercure à 1 o/o.

Régime alimentaire très surveillé et tonique.

Glycérophosphate de chaux alternant avec du sirop d'iodure de fer et du sirop antiscorbutique.

Cet enfant a été suivi jusqu'au 15 mai. A cette date l'état général est meilleur, les troubles digestifs ont diminué et l'éruption a presque complètement disparu.

OBSERVATION III

(Extrait du *Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*, 1904, 3^e trimestre. Bodin)

D..., jeune femme de vingt-deux ans, entrée le 4 janvier 1904, salle Sainte-Agnès, n° 6.

Cette malade, d'apparence chétive, nous signale, dans ses antécédents pathologiques, 11 atteintes pulmonaires dont 1 pleurésie et 10 bronchites sérieuses ; d'ailleurs elle tousse d'une façon presque continuelle, cependant elle ne dit pas avoir eu d'hémoptysies.

Vers la fin de novembre 1903, c'est-à-dire il y a un mois et demi environ, elle a noté l'apparition d'une éruption siégeant au niveau des régions lombaire et sacrée d'abord, puis qui s'est étendue sur les membres. Cette éruption, modérément mais nettement prurigineuse, est restée stationnaire jusqu'à la date de l'entrée à l'hôpital ; à ce moment, voici comment elle se présente.

Localisation aux régions lombaire et sacrée, au cou, à la face interne des cuisses, à la face postérieure des bras et avant-bras. Les éléments éruptifs sont constitués par de petites papules abondantes, isolées ou formant des petits groupes de 12-15 éléments très rapprochés, mais ne constituant pas de placards à configuration régulière.

Ces petites papules sont rose grisâtre, elles sont saillantes et arrondies, beaucoup d'entre elles sont centrées par un poil et offrent en leur partie centrale un petit point déprimé en ombilic, correspondant à l'émergence du poil. Certaines de ces

papules sont sèches et recouvertes à leur sommet de petites squames grisâtres, minces ; mais il en est d'autres au sommet desquelles on note un léger soulèvement épidermique, comme s'il y avait un commencement de pustulation. Ces lésions sont prurigineuses, mais modérément comme je l'ai déjà indiqué.

Si l'on examine les appareils viscéraux on note : pour l'appareil respiratoire, toux, avec respiration rude au sommet gauche en avant ; pour l'appareil digestif, anorexie, lenteur des digestions, constipation, et fréquemment vomissements le matin. D'autre part la malade n'a pas eu ses règles depuis trois mois et présente un utérus nettement augmenté de volume, elle est mariée depuis plusieurs mois et une grossesse semble bien probable.

Cette malade, après être restée quelques jours à l'hôpital, est sortie sans raison et n'a pas été revue depuis.

En somme, jeune femme atteinte de tuberculose pulmonaire au début, et offrant une éruption abondante et étendue de lichen scrofulosorum au moment d'une grossesse.

OBSERVATION IV

(Extrait du *Bulletin médical de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*, 1904, 3^e trimestre, Bodin).

B..., femme de trente ans, examinée pour la première fois à ma polyclinique le 6 avril 1904.

Antécédents héréditaires. — Mère morte cardiaque, père mort de rhumatisme aigu, une sœur bacillaire.

Dans les antécédents personnels rien de particulier jusqu'à

l'âge de quinze ans ; à ce moment une attaque de rhumatisme articulaire aigu et généralisé, depuis laquelle la malade tousse souvent et est essoufflée quand elle marche vite ou se livre à un travail un peu pénible.

A eu deux grossesses normales. Ses enfants sont vivants et bien portants. Il y a quatre ou cinq semaines apparaît une éruption prurigineuse qui s'est étendue progressivement.

Actuellement, cette éruption est très abondante et presque généralisée ; les parties les plus atteintes sont les hanches, les fesses, la région sacrée, les bras et avant-bras avec prédominance aux plis du coude et à la région deltoïdienne ; aux membres inférieurs, la face externe des cuisses, et les régions antéro-externes des jambes sont particulièrement atteintes. Le ventre et la poitrine sont à peu près complètement respectés. La face est indemne.

L'éruption consiste en petites papules rose grisâtre, très nombreuses, tantôt isolées, tantôt réunies en petits groupes de douze à vingt éléments confluents et formant de petits placards irréguliers. Les papules isolées ont environ 2 millimètres de diamètre, elles sont saillantes et certaines présentent un sommet aplati, rappelant les papules de lichen plan, d'autres offrent en leur partie centrale un léger soulèvement épidermique comme s'il y avait un commencement de vésiculation ; d'autres enfin, plus avancées dans leur évolution, ont un sommet squameux et les squames minces sont marquées en leur partie centrale d'un petit point brunâtre plus épais et comme croûteux.

Dans les groupes de papules confluentes, la règle est d'observer le sommet squameux avec points brunâtres marquant le centre de chaque élément papuleux ; autour des éléments confluents, on note une légère rougeur.

Toute cette éruption est prurigineuse, mais modérément et surtout pendant la nuit. Depuis le début de cette éruption la malade signale des troubles importants, l'appétit est nul, la digestion pénible, la toux fréquente, mais il n'y a pas d'hémoptysies, l'amaigrissement est prononcé, car, avant l'apparition de ces divers symptômes, le poids était de 75 kilogrammes, il est tombé à 49 kilogrammes.

Au poumon : respiration faible au sommet droit en arrière, sous la clavicule du même côté, respiration humée et rude avec retentissement de la voix.

Au cœur : rythme régulier, mais au foyer mitral on constate un souffle doux nettement présystolique avec un dédoublement du second temps, donnant un bruit de rappel.

Traitement : repos et air de la campagne. A l'intérieur : glycérophosphate alternant avec arséniate de soude. A l'extérieur : application de pâte au calomel.

25 juillet 1904. — La malade a été suivie et revue tous les quinze jours environ. A cette date, elle est sensiblement améliorée, la toux a disparu, l'essoufflement est moindre quoique les symptômes d'auscultation cardiaque persistent. Au poumon on trouve encore de la respiration rude à droite et en avant.

Mais l'état général est meilleur, les forces sont revenues, et le poids a augmenté passant de 49 kilos à 55 kilos.

Quant à l'éruption elle s'est affaïssée presque partout, mais n'a pas disparu encore ; aux jambes il y a beaucoup d'éléments guéris, ayant laissé de petites macules brunes, d'autres persistent avec une croûte centrale, au-dessous de laquelle existe une anfractuosité suppurant légèrement.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique

En 1891, comme nous l'avons déjà dit, Jacobi et Sack prétendent que la papule caractéristique du lichen scrofulosorum a la structure du tubercule miliaire, c'est-à-dire qu'on y rencontre des cellules géantes, entourées de cellules épithélioïdes.

Cette opinion ne fut pas admise par tous. C'est ainsi que Riehl en 1892 reconnaît bien avoir vu des cellules géantes, mais il n'a pas rencontré de cellules épithélioïdes, et encore les cellules géantes vues par lui, n'avaient-elles pas la belle disposition typique qu'on leur connaît dans le tubercule ?

Lukasiewicz soutient la même opinion en 1894 dans les *Archives fur Dermatologie*.

L'étude histologique des lésions du lichen scrofulosorum fut reprise en France particulièrement par Leredde, Darier, Hollopeau, et tous ces auteurs ont trouvé la disposition du tubercule plus ou moins typique.

Nous ne pouvons mieux faire ici, semble-t-il, que

de citer en partie, le texte d'une communication de M. Hallopeau à la Société française de Dermatologie, le 6 juillet 1896, au sujet d'un cas type de lichen scrofulosorum dont l'examen histologique fut pratiqué par M. Lafitte. « Les lésions les plus apparentes, dit-il, siègent dans le tissu conjonctif du derme. C'est une infiltration diffuse, mais discrète, de cellules rondes au niveau des papilles et de la zone conjonctive sous-jacente. Les cellules se rassemblent en plus grande abondance autour des glandes pilo-sébacées et surtout autour du col de ces glandes.

« En cet endroit, en effet, on observe un manchon épais de cellules embryonnaires, toutes bien distinctes et bien colorées, sans nulle trace de cellules géantes. Les cellules géantes paraissent fort rares, car sur une trentaine de coupes on n'en a constaté que trois. »

Dans les différentes coupes que nous avons pu examiner grâce à l'obligeance de M. le Dr Pautrier, nous constatons que la lésion siège dans le derme, plus particulièrement autour de l'appareil pilo-sébacé. L'épiderme est sain mais il est légèrement aplati, comme usé, refoulé par la lésion sous-jacente, ce qui détermine la saillie de la papule.

Dans le derme, nous trouvons une infiltration diffuse de cellules lymphocytaires au niveau des papilles. Cette infiltration est extrêmement abondante autour de l'appareil pilo-sébacé auquel elle forme une gaine complète. Cette gaine semble plus épaisse au niveau du col de la glande.

Dans le tissu conjonctif environnant, les lésions sont plus discrètes ; néanmoins, par endroits, plus particulièrement à la base des papilles, nous trouvons des îlots d'infiltration assez considérables, sans aucune connexion avec l'appareil glandulaire.

Les vaisseaux sont entourés de manchons de cellules rondes qui décrivent de longues traînées sillonnant le champ du microscope. D'autre part on peut remarquer que ces vaisseaux sont altérés ; leurs parois sont tuméfiées, leur endothélium est épaissi. Infiltration périglandulaire et périvasculaire intense, infiltration discrète du tissu conjonctif : telles sont, en résumé, les lésions constatées dans le lichen scrofulosorum.

Si nous examinons les différents éléments qui composent cet infiltrat, nous trouvons des lymphocytes en très grande abondance, des cellules épithélioïdes, des cellules fixes du tissu conjonctif, quelques plasmazellen. Nous n'avons rencontré que quelques rares cellules géantes.

Tous ces éléments ne sont pas groupés, comme dans le tubercule miliaire, autour d'une cellule géante. Il semblerait que nous ayions affaire à une ébauche de lésion tuberculeuse. C'est du reste ce que l'expérimentation va nous démontrer.

BACTÉRIOLOGIE

Le cas à jamais célèbre où Jacobi put observer « deux bâtonnets peu distincts et assez sombres, puis un autre coloré en rouge et correspondant absolument au Koch comme grandeur et comme forme » demeura isolé.

Depuis, en effet, Darier, Lukasiewicz, Jadassohn, Leredde, ont fait de nombreuses recherches. Mais tous leurs efforts sont restés stériles : ils n'ont pas découvert de bacilles dans les préparations de lichen scrofulosorum. Aussi les résultats de Jacobi ont-ils été contestés.

Cependant Wolf en 1898 put observer des bacilles tuberculeux typiques dans des papules de lichen scrofulosorum.

Depuis, aucun exemple de ce genre n'a été publié et Klingmuller affirme n'avoir jamais découvert de bacilles sur plus de 700 préparations qu'il a examinées.

Tous ces faits négatifs ne sauraient cependant prévaloir contre un seul fait positif. Tout au plus démontrent-ils la rareté des bacilles dans cette affection de la peau.

Ce fait n'a du reste rien pour nous surprendre. Dans le *lupus vulgaire*, Koch n'a-t-il pas examiné 43 coupes avant de trouver un seul bacille ?

Inoculations expérimentales.

Les inoculations expérimentales elles-mêmes pratiquées sur des cobayes ont été le plus souvent négatives. Jacobi, Lukaziewicz, Hallopeau, Darier, Leredde n'ont jamais obtenu un résultat positif. Klingmuller en 1904 sur 27 inoculations n'a jamais pu provoquer de tuberculose chez le cobaye.

Cependant nous connaissons quelques exemples, bien rares il est vrai, d'inoculations positives chez le cobaye. Ce sont ceux de Pellizari et Haushalter.

Haushalter inocule un cobaye dans la paroi abdominale avec des produits de raclage de lichen *scrofulosorum*. L'animal meurt trois mois et demi plus tard. A l'autopsie on trouve des nodules tuberculeux. Quelques semaines plus tard, il fit une deuxième inoculation à un autre cobaye avec des produits provenant du même malade. L'animal mourut tuberculeux au bout de trois mois. Ces résultats devraient, semble-t-il, suffire à entraîner notre conviction.

Tuberculine.

Voyons maintenant quels sont les résultats expérimentaux et thérapeutiques obtenus par les injections de tuberculine de Koch.

Presque toujours, l'injection de tuberculine donne une réaction locale et générale. La réaction générale consiste en un accès de fièvre qui débute le plus souvent par un frisson, s'accompagne de nausées, quelquefois de vomissements et toujours d'une grande lassitude. Localement, dans tous les foyers tuberculeux, cette injection détermine de l'hyperhémie et du gonflement.

Au Congrès de Londres, Jadassohn rapporte 16 cas de lichen scrofulosorum dont 14 ont réagi typiquement après l'injection de tuberculine.

L'expérience de Schwenninger et Buzzi (1890), injectant à des tuberculeux de la tuberculine et faisant apparaître un lichen scrofulosorum, est restée classique. Klingmüller cite plusieurs cas analogues. Chez un lupique en particulier, après injection de tuberculine, il vit apparaître un lichen scrofulosorum qui persista plusieurs années; et il explique ce résultat en disant que les réactions inflammatoires qui surviennent après les injections de tuberculine sont l'indice de lésions tuberculeuses préexistant en ce point, mais impossibles à diagnostiquer auparavant.

La tuberculine servirait donc au diagnostic de la lésion tuberculeuse.

Bien plus, la tuberculine amènerait la guérison ou du moins une amélioration des lésions? Neumann en 1891 vit une éruption disparaître à la suite d'injections de ce genre. Depuis différentes guérisons ou améliorations auraient été obtenues par les injections patiemment répétées de tuberculine. Malheureusement

ment cette tuberculine, capricieuse dans ses effets, a produit quelques méfaits qui empêcheront sans doute les expérimentateurs de recourir à son emploi.

Tous ces faits nous font penser que le lichen scrofulosorum est une folliculite *tuberculeuse* ; et nous croyons avec M. Gaucher que le nom de « *tuberculose cutanée papuleuse lichénoïde ou folliculaire* » est plus exact que l'ancienne dénomination de Hebra.

Nous allons voir au chapitre suivant que la clinique va confirmer la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum.

CHAPITRE VI

Étiologie

Tous les auteurs, Bazin, Hebra, Kaposi, Vidal, Duhring, Lesser reconnaissent que cette affection se rencontre presque toujours, sinon toujours, chez des individus tuberculeux. « Dans presque tous les cas, dit Lesser, on trouve des signes certains de scrofuleuse, d'affections ganglionnaires, d'ophtalmies tuberculeuses... de sorte qu'on peut conclure que la diathèse scrofuleuse est pour beaucoup dans l'étiologie du lichen scrofulosorum. »

Et en effet si l'on veut se donner la peine de parcourir les observations publiées par les auteurs, on constate que cette affection coexiste toujours avec les tares de l'ancienne scrofule : tuméfactions ganglionnaires, lupus, gommes tuberculeuses, otorrhée, blépharite ciliaire, spina ventosa, caries, abcès froids... toutes manifestations d'une tuberculose à évolution torpide. On peut également voir que dans les cas de tuberculose à marche rapide, le lichen scrofulosorum est à peine mentionné.

Nous nous permettrons ici de rappeler la statisti-

que publiée par Lukasiewicz dans les *Archives de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Sur 43 cas portant sur 35 hommes et 8 femmes Lukasiewicz a pu établir la statistique suivante :

Lymphadénite scrofuléuse.	7
Scrofuloderme.	3
Carie des os du pied.	1
Conjonctivite lymphatique.	3
Lupus vulgaire.	6
Lymphadénome du cou.	1
Tuberculose généralisée.	1

La statistique de Leredde, établie d'après les *Annales de Dermatologie* de 1895 à 1901, nous offre 16 cas de lichen scrofulosorum tous développés sur un terrain manifestement tuberculeux.

Dans les neuf observations publiées dans la thèse de Lefebvre nous rencontrons partout la diathèse scrofuléuse : adénopathies, spina ventosa, otorrhée. Les observations de Pautrier démontrent la même vérité.

Dans les observations que nous publions à l'appui de notre thèse, nous constatons :

Chez la fillette de quatorze ans (obs. I) des ganglions cervicaux tuberculeux ; une sœur morte bacillaire ;

Chez le garçonnnet de sept ans (obs. II), nous trouvons un gros ventre avec circulation complémentaire, convulsions, strabisme, mauvais état général ; trois frères et sœurs avec ganglions tuberculeux ;

Dans l'observation III une pleurésie, une lésion tuberculeuse du poumon ;

Dans l'observation IV de la tuberculose pulmonaire chez une femme qui a une hérédité tuberculeuse chargée.

La tuberculose : voilà donc le grand facteur étiologique qui domine l'histoire du lichen scrofulosorum.

Mais il est possible qu'il existe d'autres causes qui favorisent l'apparition de cette lésion.

Lefebvre dans son excellente thèse publie deux observations où l'apparition du lichen scrofulosorum fut consécutive à une éruption rubéolique. Il cite une observation analogue de M. Feulard, et rapporte une observation de Du Castel où le lichen scrofulosorum apparut presque en même temps qu'un érysipèle et une scarlatine. Il semble donc qu'il existe un rapport entre les fièvres éruptives et le lichen scrofulosorum ?

D'autre part, ne voyons-nous pas dans une de nos observations l'éruption se produire au cours d'une grossesse ? La tuberculose était la cause efficiente. La grossesse serait peut-être la cause occasionnelle ?

Le climat, le sexe, la race, ne nous paraissent pas avoir bien grande influence sur la production du lichen scrofulosorum. Il en est tout autrement de l'âge. En règle générale c'est une affection du jeune âge et de la puberté, rare après vingt ans, exceptionnelle après trente ans. Nous relatons cependant deux observations de notre maître, le professeur Bodin, où le lichen scrofulosorum est apparu chez

deux femmes qui étaient âgées l'une de vingt-deux ans, l'autre de trente ans.

Telle est donc suffisamment prouvée par l'anatomie pathologique l'expérimentation et la clinique, la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum.

Il nous reste maintenant à savoir comment agit la tuberculose ? L'apparition du lichen scrofulosorum est-elle due au bacille de Koch lui-même ? Est-elle provoquée simplement par ses toxines ?

CHAPITRE VII

Pathogénie

La pathogénie du lichen scrofulosorum a été l'objet de nombreuses discussions. Et, comme la question ne nous paraît pas définitivement tranchée, nous nous contenterons d'exposer les différentes théories qui ont voulu expliquer la genèse de cette affection en signalant les principaux arguments invoqués pour confirmer ou infirmer chacune de ces théories.

Ces théories, au nombre de cinq, ont été exposées par M. Pautrier dans son bel ouvrage sur les *Tubercules cutanées atypiques*. Les voici :

- 1^o Théorie des toxines tuberculeuses ;
- 2^o Théorie des bacilles inconnus autres que le bacille de Koch ;
- 3^o Théorie d'une race spéciale de bacille tuberculeux ;
- 4^o Théorie des bacilles tuberculeux ordinaires mais en très petit nombre.
- 5^o Théorie des bacilles tuberculeux morts.

I. — *Théorie des toxines tuberculeuses.*

Cette théorie a été brillamment défendue en France par M. Hallopeau, reprenant en cela l'ancienne opinion de Bœck.

Au Congrès pour l'étude de la tuberculose (1888), M. Hallopeau dit : « Dans les nodules tuberculeux types, les bacilles ne déterminent pas la production de lésions spécifiques par leur action purement mécanique, mais bien par leurs produits spéciaux, autrement dit par les toxines qu'ils engendrent. »

Cette théorie ingénieuse fut rapidement admise parce qu'elle donnait une satisfaction à l'esprit, qui est toujours avide de connaître le comment et le pourquoi des choses.

Les résultats, négatifs pour la plupart, des recherches bactériologiques rendaient cette théorie des plus vraisemblables. Du reste voici les raisons sur lesquelles s'appuie l'éminent dermatologiste de l'hôpital Saint-Louis :

- 1° Facilité avec laquelle disparaît cette éruption ;
- 2° Absence complète de destruction des tissus ;
- 3° Différences que présentent les altérations cellulaires avec celles des tuberculoses bacillaires ;
- 4° Résultats négatifs de la recherche du bacille sauf dans les cas de Jacobi, Wolff.

5° MM. Schwenninger et Buzzi ont vu une injection de tuberculine donner lieu à une éruption de lichen scrofulosorum. Ce dernier fait a pour M. Hal-

lopeau une valeur décisive. Il prouve que les toxines tuberculeuses suffisent à produire la dermatose ; il explique l'absence habituelle de bacilles et l'impossibilité de la transmission par inoculation.

La théorie de l'origine *toxinique* des tuberculides expliquerait donc la pathogénie du lichen scrofulosorum. Cette théorie est basée sur la connaissance des poisons sécrétés par le bacille de Koch et étudiés par Koch, Strauss, Grancher... M. Hallopeau étendit cette théorie à la tuberculose. Les belles études de M. Auclair ne démontraient-elles pas que les poisons sécrétés par le bacille humain avaient des actions différentes ? Il est donc facile de concevoir qu'ils puissent produire des lésions différentes ? De tuberculose à tuberculide il n'y a que des degrés.

Enfin, la pathologie générale ne semblait pas en contradiction avec cette théorie. N'observe-t-on pas en effet, comme le fait remarquer M. Raymond, des taches rosées dans la granulie, des érythèmes maculeux dans la tuberculose pulmonaire commune ? Ces différentes érythèmes sont dus aux toxines tuberculeuses.

Néanmoins cette théorie si séduisante n'est pas exempte de reproches. L'argument décisif de M. Hallopeau est l'expérience de Schwenninger et Buzzi, faisant apparaître du lichen scrofulosorum après une injection de tuberculine.

A ce sujet nous trouvons, comme M. Pautrier, qu'il est difficile d'admettre qu'en deux jours la

tuberculine ait pu produire des lésions aussi hautement différenciées que les cellules géantes ?

D'autre part, il a été démontré par Klingmuller que l'apparition de lichen scrofulosorum après injection de tuberculine était réelle, mais que la lésion existait antérieurement à cette injection, celle-ci ne faisant que la mettre en évidence.

L'évolution de la maladie, sa guérison spontanée, avec *restitutio ad integrum* ne prouvent pas davantage la théorie des toxi-tuberculides. Nous n'envisageons plus, en effet, la tuberculose comme une maladie qui ravage et qui tue, comme une maladie fatalement mortelle. Comme dans les autres maladies infectieuses, la clinique a montré à côté des formes malignes de la tuberculose des formes bénignes, très bénignes même, et qui sont susceptibles de guérir spontanément et sans laisser de traces.

Du reste cela ne doit surprendre personne. Ne voyons-nous pas en effet les mêmes phénomènes journellement produits par une autre maladie infectieuse, la syphilis. « Tantôt, nous dit notre maître M. le professeur Bodin, et dans les premiers stades de son évolution, elle frappe la surface cutanée sur une étendue plus ou moins considérable, créant des éruptions maculeuses, papuleuses, des éléments érosifs, des troubles de pigmentation cutanés se produisant par poussées et aboutissant à la *restitutio ad integrum* ; tantôt, et à une période plus avancée de son évolution, elle se caractérise par des lésions moins diffuses, plus profondes, dont la structure

histologique est toute différente, car elles aboutissent à la nécrobiose, donnant des ulcérations, des pertes de substance, irrémédiables parfois, et dont la guérison est en tous cas suivie de cicatrices indélébiles. »

Personne n'oserait prétendre qu'il y ait deux agents qui produisent : l'un les lésions qui guérissent, l'autre les lésions destructives ? Pourquoi ne pas envisager de la même façon la tuberculose dont nous connaissons l'agent, et admettre que ce même agent peut produire des lésions différentes, suivant le milieu, sa virulence... ?

Enfin, l'absence habituelle de bacilles est un argument invoqué par M. Hallopeau en faveur de sa théorie des toxines. Il pense que les rares bacilles rencontrés sont des bacilles aberrants, amenés en ces points de l'économie d'une façon accidentelle, et dont l'action est nulle ! Cette explication est loin de satisfaire tous les esprits. L'expérience ne nous a-t-elle pas démontré, en effet, que dans le lupus vulgaire, maladie nettement microbienne, les bacilles sont très rares ? D'autre part, que penser de cette observation de Boeck où un lichen scrofulosorum se transforme, *in situ*, en un lupus ?

« En somme, dit M. Darier dans un rapport sur les *tuberculides cutanées et les tuberculoses atténuées*, tuberculoses et tuberculides appartiennent à une même série où varient du tout au tout l'abondance, la vitalité ou la virulence du germe pathogène...

C'est ainsi, par exemple, qu'on connaît, et j'en ai observé personnellement, des tuberculoses osseuses

sans bacilles démontrables. Le rhumatisme tuberculeux est à l'ordre du jour ; j'ai pu m'assurer dans un cas du caractère non infectant du liquide articulaire renfermant des grains riziformes. Dans les reins, dans le foie, on observe des lésions diffuses, épithéliales ou interstitielles, qu'on doit rattacher à la tuberculose, quoique les bacilles y fassent défaut... »

Et il conclut en disant qu'« à l'infection bacillaire appartiennent très probablement un rôle plus étendu et des manifestations plus polymorphes qu'on ne l'avait pensé ».

La théorie toxinique ne semble donc pas à elle seule devoir expliquer la genèse du *lichen scrofulosorum*.

II. — *Théorie des microbes différents du bacille de Koch.*

Nous ne signalerons cette théorie que pour mémoire. « De deux choses l'une en effet, nous dit Haury, ou bien la présence de la tuberculose est nécessaire pour que cette infection se manifeste, et alors celle-ci a valeur pratique de bacillose, ou bien la tuberculose n'est pas nécessaire. Alors quelle est cette infection ? Or les observations n'en indiquent qu'une seule, la tuberculose. »

III. — *Théorie d'une race spéciale de bacilles tuberculeux.*

Cette théorie avait été entrevue par M. Hallopeau

au Congrès de Londres en 1896, au sujet du lupus de Cazenave. Les lésions constatées seraient dues à des bacilles peu virulents, atténués. Cette théorie expliquerait la bénignité des tuberculides et leur évolution spontanée vers la guérison.

IV. — *Théorie de la quantité de bacilles.*

Ici les lésions seraient produites par un petit nombre de bacilles de Koch ordinaires ; ceux-ci conduits au tégument par embolie, vite phagocytés, disparaîtraient en laissant comme trace de leur passage un nodule tuberculeux.

Cette théorie explique les insuccès des recherches de bacilles. Elle ne contredit pas la théorie toxinique ; elle laisse supposer la guérison spontanée ; enfin elle est d'accord avec la pathologie générale. Ne voyons-nous pas journellement en effet des microbes partis d'un foyer d'infection primaire, érysipèle par exemple, aller au loin former des abcès, des phlegmons ?

V. — *Théorie du bacille tuberculeux mort.*

Cette théorie est aujourd'hui admise par la grande majorité des dermatologistes : Darier, Jadassohn, s'y sont rattachés ; Haury, Pautrier l'ont brillamment défendue dans leurs thèses. Elle se résume en ceci : des bacilles morts ou très atténués partent d'un foyer tuberculeux primitif, et suivant le degré de

virulence que présentaient ces bacilles, ils provoquent des lésions différentes.

Dans un travail de M. Nicolau de Bucarest, cet expérimentateur soutient que le bacille seul est cause de la lésion. Il s'appuie sur les expériences suivantes :

1° Injection à trois cobayes sains d'une culture tuberculeuse vieille d'un mois, tuée par la chaleur à 120 degrés pendant un quart d'heure. Ces inoculations ont donné des lésions locales tuberculeuses aux trois cobayes ;

2° Inoculation d'une culture de trois mois sur bouillon, riche en toxines, après filtration à travers une bougie. Deux cobayes sont inoculés. Les premiers jours on constate un léger œdème au point d'inoculation. Puis tous les phénomènes disparaissent. Et il conclut : « de ces expériences il résulte que l'action nocive locale des produits tuberculeux *est strictement liée à la présence de l'élément figuré, le bacille, qu'il soit vivant ou mort ; que les toxines seules, du moins celles qu'il laisse diffuser dans le milieu où il se développe, sont incapables de déterminer des lésions histologiques de nature tuberculeuse.* »

Malgré les expériences certainement très démonstratives du Dr Nicolau, malgré les travaux de Klingmuller, malgré les affirmations de M. Hallopeau au dernier Congrès de la Tuberculose (octobre 1905), nous pensons qu'il est encore prématuré de résoudre le problème de la pathogénie du lichen scrofulo-

sorum. Cette question nous paraît fort complexe parce que nous ne connaissons pas encore suffisamment la biologie du bacille de Koch.

Dans cette question, en effet, interviennent de conditions de localisation, d'évolution, de virulence, de sécrétions diastasiques et autres, qui ne sont pas encore tranchées malgré les belles études de M. Auclair... et tous les travaux récents de microbiologie, comme le dit M. Bodin, appellent de nouvelles recherches, avant que nous puissions être définitivement, fixés.

Néanmoins ce qu'il y a de certain c'est que, comme dans toutes les infections bien caractérisées, la propagation de l'infection se fait par voie sanguine. Cette infection hémato-gène seule du reste, peut expliquer la dissémination et la constance des lésions vasculaires.

Enfin il est permis de dire après tout ce que nous avons vu que cette maladie est une infection *tuberculeuse atténuée*.

CHAPITRE VIII

Pronostic

Le pronostic du lichen scrofulosorum est excessivement bénin. A part un léger prurit, cette affection ne cause aucun trouble fonctionnel. Elle guérit facilement sous l'influence du traitement et quelquefois même spontanément.

« Cette affection dit Juliersberg, a un caractère bénin et guérit spontanément. Localement son pronostic est toujours favorable et son importance tient surtout à ce que, consécutive à un ou plusieurs foyers tuberculeux primaires, elle permet de reconnaître la nature de ces foyers. »

Mais c'est une tuberculose ! Torpide, atténuée, il est vrai. Néanmoins, il faut songer que cette tuberculose latente prépare peut-être le terrain à une tuberculose rapide ?

CHAPITRE IX

Traitement

Le traitement du lichen scrofulosorum est des plus simples, étant données la bénignité de l'affection et sa guérison souvent spontanée.

La base du traitement de Hebra était l'huile de foie de morue *intus et extra*.

« L'usage de l'huile de foie de morue, dit-il, m'ayant convaincu que c'est un remède infaillible contre cette affection, je n'ai jusqu'à ce jour aucune raison de tenter l'essai d'un autre genre de traitement. »

Kaposi donnait en plus de l'iode à l'intérieur et un régime fortifiant.

Brocq, dans son *Traitement des maladies de la peau*, conseille également l'huile de foie de morue. Il donne en plus de l'arsenic.

Comme traitement externe il recommande les bains de son, les lavages à l'eau de goudron, les pommades pyrogalliques, salicyliques et mercurielles.

Thibierge recommande comme traitement local les pommades salicylées à 2 et 5 o/o.

Somme toute, fort peu de chose à faire, comme le dit M. Gaucher, de l'antisepsie et relever l'état général, ce que l'on obtiendra avec l'iode, l'arsenic, le glycérophosphate, l'huile de foie de morue à l'intérieur; une hygiène bien réglée, du repos et la vie au grand air.



Obs. I.



Obs. 11.

CONCLUSIONS

I. — Le lichen scrofulosorum est une folliculite pilo-sébacée. L'élément caractéristique de cette dermatose est la papule miliaire.

II. — Les examens histologiques ont montré que cette papule avait la structure du tubercule miliaire, avec cellules géantes, cellules épithélioïdes.

III. — Les recherches bactériennes, les inoculations expérimentales ont été négatives sauf dans les cas de Jacobi, Wolf, Pellizzari, Haushalter. La réaction locale de la tuberculine est presque toujours positive.

IV. — Cette affection, apanage de la jeunesse, évolue constamment sur le terrain « scrofuleux ».

V. — Les quelques rares cas où l'on a constaté le bacille, les quelques inoculations positives obtenues, la production du follicule tuberculeux, et notre connaissance du polymorphisme des manifestations pathologiques bacillaires, nous permettent de croire que cette dermatose n'est pas due seulement à l'action des toxines, mais aussi à celle du bacille lui-même très atténué ou même mort.

Vu le Président de la thèse :

GAUCHER

Vu le Doyen :

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule, 1861.

Art. : *Scrofulides boutonneuses*.

BODIN. — Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest. 3^e trimestre, 1904. *Sur les tuberculoses cutanées atypiques*.

BROCQ. — Traitement des maladies de la peau, 1890.

DU CASTEL. — Bulletin de la Société de Dermatologie, juin 1896.
Lichen scrofulosorum.

DARIER. — *Les tuberculides cutanées* : Société de dermatologie. Déc. 1896.

DARIER et WALTER. — *Tuberculides papulo-nécrotiques*. Bull. de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Paris, 1905.

DARIER. — Tuberculides cutanées et tuberculoses atténuées. Analysé dans la Quinzaine Thérapeutique, fév. 1906.

DUHRING. — Traité pratique des maladies de peau. Art. *Lichen scrofulosorum*.

FEULARD. — *Lichen scrofulosorum*. Soc. franç. de Dermat., avril 1896.

COLCOTT FOX. — *Acné scrofulosorum chez les enfants*, paru dans le British Journal of Dermatology, analysé dans la « Revue mensuelle des maladies de l'enfance », 1895.

GAUCHER. — *Tuberculosés cutanées*. Journal de médecine interne, janv. 1900.

HALLOPEAU. — Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Art. : Sur un cas de lichen scrofulosorum et la nature tuberculeuse de cette affection, mars 1892.

— Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Art. : Etude sur les différentes formes de tuberculose cutanée et leurs localisations (Union médicale, 1893, t. V).

— Sur un cas typique de L. S., sa nature, ses relations avec l'eczéma séborrhéique (Soc. de Dermat. juillet 1896).

HALLOPEAU et BUREAU. — Deuxième note sur un cas de lichen scrofulosorum (Soc. de dermat., nov. 1896).

HALLOPEAU. — Le lichen scrofulosorum : étude étiologique pathogénique et clinique. Congrès de la Tuberculose, Paris, 1905, paru dans le Journal des maladies cutanées et syphilitiques de H. Fournier, oct. 1905.

HAURY. — *Essai sur les tuberculides cutanées*. Thèse de Paris, 1899-1900.

HAUSHALTER. — Lichen des scrofuleux (Soc. médic. de Nancy, mai 1896).

— Deux nouveaux cas de lichen scrofulosorum chez l'enfant ; nature tuberculeuse de l'affection (Bull. de la Soc. fr. de dermat. et syph., mai 1898).

HEBRA. — Traité des maladies de peau (traduit par Besnier et Doyon). Article « Lichen scrofulosorum », t. I, 1872.

JACOBI. — Pathologie et pathogénie du lichen des scrofuleux.

Congrès de Leipzig, 1891. Analyse dans les Annales de derm. et syph., 1891.

JADASSOHN. — Archiv. f. derm. u. syph. Ueber lichen scrofulosorum. Bd. XXXVII.

KAPOSI. — Archiv. f. derm. u. syph. Art.: Lichen scrofulosorum, 1869.

— Leçons sur les maladies de peau. Art. : Lichen des scrofuleux.

— Arch. f. derm. u. syph. Zwei faelle von lichen scrofulosorum, 1895. Bd. XXXII.

KLINGMULLER. — Archiv. f. dermat. u. syph., 1904. *Beitrag zur tuberculose der haut.*, 1904. Bd. LXIX.

LESSER. — Lehrbuch der haut. Leipzig, 1885.

LEREDDE. — Les notions nouvelles sur les tuberculoses de la peau. Congrès de Toulouse, avril 1902.

LEFEBVRE. — Lichen scrofulosorum. Thèse de Nancy, 1898.

LUKASIEWICZ. — Ueber lichen scrofulosorum. Archiv. f. derm. u. syph. Bd. XXVI, 1894.

MENEAU. — Lichen des scrofuleux. Journal des maladies cutanées, janvier 1899.

NEUMAN. — Deutsche med. Wochenschrift, 1891, n° 14.

NICOLAU. — Contribution à l'étude des tuberculides. Annales de Dermat., 1903.

PAUTRIER. — Tuberculoses cutanées atypiques. Thèse de Paris, 1903.

PELLIZZARI. — Lichen scrofulosorum : III^e Congrès international de Dermatologie. Londres, 1896. Analysé dans les Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, t. VII, 1896.

RAYMOND. — Les érythèmes dans la tuberculose. Progrès médical, 18 août 1900.

SACK. — Zur anatomie und pathogenie lichen scrofulosorum. Analyse dans la Revue des Sciences médicales de Hayem, 1893.

SCHWENNINGER. — Monatshefte f. prakt. dermat., 1890, n° 12.

THIBIERGE. — Thérapeutique des maladies de peau. Art. : Lichen scrofulosorum, 1895.

WOLF. — Lichen scrofulosorum. VI^e Congrès de Dermatologie. Strasbourg, 1898.

LA GASTROSUCCORHÉE

ET

SON ORIGINE NERVEUSE RÉFLEXE

DU MÊME AUTEUR

Hématome calcifié de la Dure-mère (Société anatomique, 1903.)

Anévrisme de l'Aorte (en collaboration avec M. le docteur Barth. Société médicale des hôpitaux, 1904.)

Association hystéro-traumatique et symptômes cérébelleux (en collaboration avec le docteur Léopold Lévy. Société de Neurologie, 1^{er} décembre 1904.)

Maladie de Parkinson avec état pareto-spasmodique (en collaboration avec le docteur Léopold Lévy. Société de Neurologie, 2 février 1905.)

Syndromie de Benedikt (en collaboration avec M. le docteur Gilbert-Ballet, juin 1905.)

Surdité verbale congénitale (avec M. Foy. *Revue de Neurologie*, juillet 1905.)

Hérédo-ataxie cérébelleuse et Malade de Friedereich (en collaboration avec M. le docteur Gilbert-Ballet. Société de Neurologie, mars 1906.)

Paralysie des mouvements associés des yeux et leur dissociation dans les mouvements volontaires et automatico-réflexes (en collaboration avec le docteur Cantonnet. *Revue de Neurologie*, 15 avril 1906.)